UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 1

FACULTÉ DE MÉDECINE

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
# DU SARCOME DU SEIN

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Novembre 1910

PAR

**Mme DAVIDOFF-MASLOFF**

Née à Novochopersk (Russie), le 9 février 1875

**Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université**

(MENTION MÉDECINE)

**Examinateurs de la Thèse** { TÉDENAT, Professeur, *Président.* / DE ROUVILLE, Professeur / SOUBEYRAN, Agrégé / GAUSSEL, Agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

CONTRIBUTION A L'ETUDE

# DU SARCOME DU SEIN

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 1

FACULTÉ DE MÉDECINE

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
# DU SARCOME DU SEIN

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 16 Novembre 1910**

PAR

**Mme DAVIDOFF-MASLOFF**

Née à Novochopersk (Russie), le 9 février 1875

**Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université**

(MENTION MÉDECINE)

ACAD.
MONTPELLIER
BIBL.

**Examinateurs de la Thèse**

TÉDENAT, Professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, Professeur
SOUBEYRAN, Agrégé
GAUSSEL, Agrégé

*Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Administration

| | |
|---|---|
| MM. MAIRET (✲) | DOYEN. |
| SARDA | ASSESSEUR. |
| IZARD | SECRÉTAIRE |

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Clinique médicale | MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig' d pathol. et thérap. géné |
| Clinique chirurgicale | TEDENAT (✲). |
| Thérapeutique et matière médicale | HAMELIN (✲). |
| Clinique médicale | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses | MAIRET (✲). |
| Physique médicale | IMBERT. |
| Botanique et histoire naturelle médicales | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale | FORGUE (✲). |
| Clinique ophtalmologique | TRUC (✲). |
| Chimie médicale | VILLE. |
| Physiologie | HEDON. |
| Histologie | VIALLETON. |
| Pathologie interne | DUCAMP. |
| Anatomie | GILIS (✲). |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | ESTOR. |
| Microbiologie | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique | BOSC. |
| Hygiène | BERTIN-SANS (H. |
| Pathologie et thérapeutique générales | RAUZIER. Chargé de l'enseignemen de la clinique médicale. |
| Clinique obstétricale | VALLOIS. |

*Professeurs adjoints :* MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

*Doyen honoraire :* M. VIALLETON.

*Professeurs honoraires :* MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

*Secrétaire honoraire :* M. GOT.

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées | MM. VEDEL, agrégé. |
| Clinique annexe des maladies des vieillards | VIRES, agrégé libre. |
| Pathologie externe | LAPEYRE, agrégé libre. |
| Clinique gynécologique | DE ROUVILLE, prof.-adj. |
| Accouchements | PUECH, profes.-adjoint. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | JEANBRAU, agrégé libre. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | MOURET, profes.-adj. |
| Médecine opératoire | SOUBEYRAN, agrégé. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. GALAVIELLE. | MM. LAGRIFFOUL. | MM. DERRIEN. |
| VEDEL. | LEENHARDT. | DELMAS (Paul). |
| POUJOL. | GAUSSEL. | MASSABUAU. |
| SOUBEYRAN. | RICHE. | EUZIERE. |
| GRYNFELTT (Ed.) | CABANNES. | |

## Examinateurs de la thèse :

| | |
|---|---|
| MM. TÉDENAT, *président.* | MM. SOUBEYRAN, *agrégé.* |
| DE ROUVILLE, *professeur.* | GAUSSEL, *agrégé.* |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE

A MON MARI

M^me^ DAVIDOFF-MASLOFF.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A TOUS MES MAÎTRES

DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

M^me^ DAVIDOFF-MASLOFF.

# AVANT-PROPOS

*Au moment de terminer nos études médicales nous saisissons avec empressement de témoigner notre respectueuse reconnaissance à M. le professeur Tédenat qui a bien voulu nous communiquer plusieurs observations et accepter la présidence de notre thèse ainsi qu'à M. le professeur de Rouville et M. le professeur agrégé Soubeyran et M. le professeur agrégé Gaussel qui ont accepté de faire partie de notre jury ; nous n'oublierons pas de rappler à ce dernier combien nous ont été profitables ses leçons cliniques faites pendant les vacances à l'Hôpital Suburbain.*

*Nous garderons toujours un excellent souvenir de M. le professeur Rauzier, ce maître aimé qui prodigue tous ses instants à l'instruction médicale de ses élèves.*

*M. le professeur Hédon dont les leçons nous charmèrent restera dans notre mémoire comme un maître à la parole claire et à l'enseignement prestigieux.*

*C'est avec une véritable émotion que nous remercions Mme le docteur Gaussel de tout ce qu'elle a fait pour nous et de son amabilité qui ne s'est jamais démentie.*

*Nous nous garderons de clore cette page sans adresser un souvenir respectueux à la mémoire de M. le docteur Pétroff (de Voronège).*

*Dans notre carrière, c'est son exemple que nous nous proposerons comme un idéal, et qui aux heures tristes viendra nous réconforter de sa puissante influence.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

# DU SARCOME DU SEIN

## INTRODUCTION

L'histoire du sarcome du sein semble encore relativement peu avancée, si on la compare à la précision qu'est en train d'acquérir celle de la tumeur maligne par excellence de la glande mammaire, le cancer.

Nous allons essayer de montrer dans les quelques pages qui vont suivre les points intéressants de l'évolution et du diagnostic des tumeurs sarcomateuses. Nous verrons notamment que c'est avec raison qu'on les regarde comme intermédiaires, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, entre les tumeurs épithéliales et les tumeurs fibreuses, les tumeurs issues du tissu conjonctif.

Nous n'entrerons pas dans de grands détails en ce qui concerne l'étiologie des sarcomes en général et des sarcomes du sein en particulier, mais nous insisterons davantage sur le côté pratique et immédiatement utili-

taire de la question, nous voulons dire le diagnostic et le traitement.

D'ailleurs à propos de ce dernier point nous attirerons surtout l'attention du lecteur sur les résultats du traitement plutôt que sur le mode de traitement. L'ablation large et aussi radicale que possible est, en effet, le seul traitement indiqué à l'heure actuelle. Aussi ne prendrons-nous pas plus qu'il ne convient en considération les diverses méthodes moins offensives en apparence que le bistouri, mais qui risquent par une temporisation inconsidérée de faire perdre un temps précieux.

Les résultats du traitement opératoire, le sort réservé aux malades qui l'ont subi, voilà ce que nous étudierons d'aussi près que possible. Nous nous servirons pour établir notre développement de cinq observations que MM. les professeurs Tédenat et Soubeyran ont bien voulu nous communiquer. Ce dernier nous a également très obligeamment fait part d'un très grand nombre d'indications bibliographiques qui trouveront leur place à la fin de cet exposé. A ce propos nous devons dire combien nous regrettons de n'avoir pas pu contrôler avec toute la rigueur nécessaire ces références et tirer un plus grand parti de l'exposé des faits cliniques auxquelles elles renvoient le lecteur.

Quoi qu'il en soit, il semble d'ores et déjà solidement établi que le sarcome, encore que de diagnostic plus difficile que le cancer, est plus bénin dans son évolution et partant dans son pronostic. La généralisation est moins habituelle et la repullulation dans la cicatrice de la première opération est beaucoup moins fréquente que lorsqu'il s'agit du cancer. D'autre part, nous mettrons en valeur certains faits où l'on voit l'examen pré-opératoire ne pas révéler la présence de ganglions axillaires, alors

qu'au cours de l'intervention on trouve quelques-uns de ces organes indubitablement atteints. C'est là que se placerait une discussion au sujet des rapports entre l'adénome pur et le cancer d'une part, et l'adéno-fibrome et le sarcome pur d'autre part.

Envisageant la question à un point de vue plus immédiatement clinique, nous regretterons après bien d'autres cliniciens la pénurie de renseignements sur les résultats post-opératoires dont sont suivies les interventions pour sarcomes du sein. Les malades sont rapidement perdus de vue, ou bien leur affection récidive, et il est rien moins que fréquent de le voir revenir demander des soins là où on les leur a donnés pour la première fois; ou bien l'affection ne récidive pas, et c'est la meilleure raison pour laquelle le chirurgien n'entend plus parler de son ancienne malade. D'ailleurs le sarcome fait fréquemment des métastases lointaines pour le diagnostic desquelles manque bien souvent l'examen clinique approfondi et presque toujours le contrôle anatomique.

Grouper quelques faits de sarcome de la mamelle, en tirer quelques propositions applicables au pronostic, tel est donc le but de notre travail.

## SCHÉMA CLINIQUE

Les affections sarcomateuses du sein sont relativement rares, cela est vrai surtout du sarcome pur ; les tumeurs mixtes (adéno-sarcomes, adéno-myxo-sarcomes, myxomes (représentent la majeure partie des tumeurs contenant du tissu sarcomateux.

Nous ne traiterons pas de l'étiologie du sarcome, ce titre nous paraîtrait un peu ambitieux si l'on considère le peu que nous savons sur la genèse de cette néoplasie. Aussi, quoique certains auteurs n'hésitent pas à employer cette rubrique, nous nous garderons de rassembler sous cette idée de cause quelques faits qui semblent ressortir de l'examen de statistiques.

Il paraît bien que le sarcome est plus fréquent entre 30 et 50 ans (Billroth, Gross, Schuoler) ; mais ceci n'a rien d'absolu : Le sarcome se voit beaucoup plus tard que 50 ans, mais guère plus tôt que 30 ans, c'est tout ce que l'on peut dire. Nous rappellerons à ce propos le fait qui fait l'objet de l'observation II. On voit que dès 16 ans il se passait quelque chose du côté du sein droit de la malade et qu'à 23 ans la tumeur avait acquis le volume d'une noix de coco. Mais là encore, c'est à 43

ans que la tumeur revêt un caractère nettement malin, qu'elle s'ulcère et entraîne des engorgements ganglionnaires.

Billroth attachait une certaine valeur étiologique aux grossesses antérieures ; cette idée a été en partie abandonnée. L'allaitement non plus n'aurait pas d'influence bien nette sur la naissance ou la croissance des sarcomes. Ce que l'on peut affirmer, c'est que l'état de lactation influe sur la rapidité de l'évolution d'une manière indubitable. Nous ne ferons à ce propos que renvoyer au cas de Chrétien : on voit un sarcome fuso-cellulaire (et cette forme ne passe pas pour être la plus rapide) évoluer en 7 mois chez une femme en lactation et acquérir dans ce laps de temps relativement court le poids de 1 kil. 100 gr.

D'ailleurs ce fait d'observation de pathologie générale suivant lequel un organe qui travaille beaucoup est beaucoup plus qu'un autre exposé à voir se développer des néoplasmes ou des processus pathologiques actifs et rapides se vérifie pour le sarcome du sein : l'homme est très peu fréquemment touché par cette affection. Les quelques observations que l'on trouve dans la littérature ont trait à de véritables raretés : telle celle de Mauclaire (Obs. I), celle de Putzu, celle de Lorrain et Ménard. Et encore ces derniers auteurs sont-ils fort affirmatifs au sujet de la localisation initiale de la tumeur. Ils intitulent leur observation : Tumeur de la *région mammaire* ; l'âge de leur malade (86 ans) mérite aussi de fixer l'attention.

Beaucoup d'auteurs — et cette opinion est bien en rapport avec les faits — pensent qu'il y a une relation étroite entre les adéno-fibromes et les adéno-sarcomes. Un grand nombre de ces tumeurs malignes sont en effet

précédées par une tumeur vraisemblablement de nature fibreuse. Pour quelle raison la transformation, si transformation il y a, se fait-elle, cela nous l'ignorons et voilà comment, en supposant même que nous connaissions quelques-unes des circonstances prédisposantes, nous ignorons le premier mot de la pathogénie des sarcomes de la glande mammaire.

*Symptômes.* — En terme général on peut dire que le début des sarcomes est insidieux et lent ; il n'est souvent marqué que par la production d'une petite tumeur indolore, mobile sur les plans sus et sous-jacents, et d'une apparence parfaitement bénigne. C'est ce début qui justifie l'idée des cliniciens qui voient dans le sarcome une tumeur née d'une tumeur bénigne et fibreuse préexistante.

La croissance de la tumeur est généralement lente pendant les premiers mois, en somme, pendant le temps où l'on pourrait croire à sa bénignité. Puis, souvent d'une manière brusque, la néoplasie prend un grand développement et en quelques mois elle peut acquérir un volume véritablement colossal (voir les observations). Quand il n'y a pas de formation de kystes, elles sont sphériques ou ovoïdes, régulières. Mais quand la tumeur est mixte, ce qui est le cas le plus fréquent, et quand il y a des kystes la tumeur revêt un aspect bosselé, irrégulier, avec des points de consistance variable et présentant par place de la fluctuation.

Un bon symptôme diagnostique est la mobilité de la tumeur sur les plans musculaires sous-jacents. L'observation qui dans notre travail porte le numéro 4, est bien démonstrative à cet égard.

Lorsque la tumeur devient énorme, la peau violemment

mise en tension et anémiée par le fait, se sphacèle en un point, et finit par se perforer. C'est ainsi que se forme l'ulcération. Celle-ci a deux caractères intéressants : elles ne se produit que d'une manière mécanique, la peau n'est pas envahie par le néoplasme, elle est supprimée par défaut de nutrition ; aussi l'adhérence de la peau à la tumeur n'est-elle pas la règle, comme cela a lieu dans l'épithélioma. Puis la sérosité qui s'écoule est en général peu abondante et, signe important, elle ne présente pas d'odeur fétide. Plus tard on voit souvent l'ulcération se creuser de cavités, se couvrir de végétations bourgeonnantes et sécréter du pus en abondance, mais ce n'est jamais l'ulcération à aspect pâle et à ichor fétide du cancer.

Les ganglions sont rarement pris dans les sarcomes. Gross, dans sa statistique de 186 cas, ne note le fait que dans 19 cas, et encore attribue-t-il 16 fois sur 19 l'hypertrophie des ganglions à l'inflammation. Sans mettre en ligne les cas (Tietze, Malloizel, Autefage et Bornoit-Legueule) où l'on voit se faire une généralisation ganglionnaire sous forme d'épithéliome acineux à la suite d'un adéno-sarcome à myéloplaxes (Obs. II), on peut dire que l'absence de ganglions axillaires quand la tumeur n'est pas ulcérée est un bon signe diagnostic de l'affection sarcomateuse.

*Traitement.* — Celui-ci tient tout entier dans un mot : l'ablation ; celle-ci sera aussi large, aussi hâtive et aussi répétée qu'il sera nécessaire. La radiothérapie (Lucas), la fulguration (Fournis), le radium (Abbe) doivent être résolument mis au second plan.

L'ablation évite-t-elle les récidives et les métastases ? Il est rare, en thèse générale, que la récidive se fasse

dans la cicatrice, et contrairement à ce qui a lieu pour le carcinome, c'est au loin que l'on voit se reproduire, quelquefois insidieusement, la néoplasie. Que l'on enlève ou que l'on n'enlève pas les ganglions hypertrophiés que l'opération fait quelquefois découvrir dans l'aisselle, les métastases se produisent bien souvent sans que l'on puisse en rien prévoir le temps de répit que la maladie laissera à sa victime.

Il semble néanmoins que plus l'opération est hâtive, plus on a de chance de voir les récidives s'éloigner et la survie augmentée. Mais peut-être est-on victime d'une simple illusion au point strict du calcul du temps. Car si au lieu d'attendre, par exemple, 6 mois avant d'opérer on opère immédiatement, il est évident que ces 6 mois vont compter comme temps de guérison et que l'on aura l'apparence d'avoir reculé la récidivité locale ou générale pendant 6 mois. Cet argument purement spécieux d'ailleurs ne peut valoir contre l'intervention hâtive lorsqu'il s'agit d'une affection qui, comme le sarcome, a une tendance à progresser et à entraîner le sujet vers la mort.

D'ailleurs, si nous envisageons la chose de plus près, nous voyons que pour beaucoup d'auteurs le sarcome, au moins le sarcome mixte, fait suite bien souvent à une tumeur d'apparence bénigne. C'est un fait à prendre en considération au point de vue du traitement : toute tumeur, aussi bénigne qu'elle soit, qui apparaît dans un sein, doit être enlevée le plus tôt possible : on ne sait jamais ce qu'elle peut devenir. Et si réellement la tumeur qui deviendra un sarcome n'est au début qu'un adénome, raison de plus pour agir dès le commencement ; l'opération n'a pas besoin d'être large et l'amputation du sein ne s'impose pas.

L'amputation large est-elle nécessaire et doit-elle s'ac-

compagner d'évidement axillaire ? L'opération de Halsted pour sarcome s'impose lorsque la tumeur a pris un grand développement, parce qu'il est nécessaire de poursuivre aussi loin que possible les prolongements possibles de la tumeur. Mais cependant nous avons dit que, même à une période avancée de son développement, le néoplasme est relativement bien encapsulé et n'envoie pas de traînées comme fait le cancer. C'est vrai, mais nous ne sommes pas encore documentés d'une façon suffisamment précise sur l'étiologie du sarcome et même sur son anatomie pathologique intime pour refuser, au moins à l'esprit, la consolation de chercher à extirper le mal « dans sa racine ».

*Pronostic.* — La question du pronostic est intimement liée à celle des récidives et des métastases. Ces évènements pathologiques sont-ils fréquents, combien de temps demandent-ils pour se manifester, peut-on quelque chose contre eux ? Telles sont les questions qui se posent à ce sujet.

La fréquence diversement appréciée par les auteurs ne peut assez logiquement et par cela même être exprimée par des chiffres. Pratiquement on peut dire qu'elle est extrêmement fréquente. Gross donne 60 p. 100 de récidives environ et Delbet trouve ce chiffre exagéré. Mais les statistiques ainsi faites ont bien peu de valeur, car il bien plus fréquent de perdre un malade de vue que de pouvoir suivre sa trace dans la vie, et si tous les malades perdus de vue sont tenus pour non récidivés, cela devient véritablement trop commode de vanter telle ou telle opération ou méthode de traitement. Quoi qu'il en soit, la guérison est cliniquement possible. Le beau cas du professeur Tédenat le montre bien.

La question de l'intervalle entre la première intervention et la récidive est intimement liée à la question précédente. Cet intervalle varie de quelques mois à plusieurs années. Encore une fois, l'opération ne semble être pour rien dans la rapidité plus ou moins grande de la récidive ; nous pourrions à ce propos répéter le raisonnement que nous avons fait tout à l'heure au sujet de l'utilité de l'intervention hâtive.

Quelle sera l'attitude du chirurgien devant la récidive et la métastase ? Celui-ci se souviendra que la tumeur nouvelle est généralement plus maligne que celle à laquelle elle succède chronologiquement (nous ne disons pas : « que celle qui lui a donné naissance »). Et sans perdre son temps à se demander si l'opération a donné ou non un coup de fouet à la marche du néoplasme, il attaquera le mal aussi souvent qu'il le faudra : au moins théoriquement, une tumeur prise à temps est toujours opérable (lorsqu'elle est unique ou à peu près et accessible, cela va sans dire).

Et c'est ainsi que l'on peut dire que le traitement chirurgical recule l'échéance fatale. En effet, supposons une tumeur ordinaire ayant 6 mois d'existence et à marche moyennement rapide. Dans un an elle va s'ulcérer ; un an après, la malade mourra de cachexie dans un état lamentable avec une tumeur énorme ulcérée de partout. Certainement la mort est hâtée par les phénomènes morbides dus à la suppuration. Et au lieu de 2 ans et demi de survie que nous avons accordés à notre malade dans le cas précédent, c'est 5 ou 6 ans ou même davantage que nous pouvons légitimement lui accorder si on l'opère hâtivement et de nouveau dès que la tumeur réapparaîtra.

L'ablation des ganglions axillaires a-t-elle le mérite de retarder les métastases ? Cela semblerait indubitable

si l'on admettait que la généralisation se fait par la voie lymphatique. C'est possible si l'on en croit une observation de Masson : une tumeur sarcomateuse sous-unguéale avait donné une première métastase dans les ganglions axillaires et ensuite une deuxième plus tardive dans le sein. Cela prouverait aussi que le courant lymphatique ne va pas toujours du sein à l'aisselle, mais aussi quelquefois de l'aisselle du sein.

Toujours est-il que le curage axillaire ne semble rien faire contre les métastases ; il paraît bien que les noyaux sont déjà formés ailleurs quand on enlève ceux des ganglions, et que l'évidement de l'aisselle ne fait que répondre au désir d'enlever le plus largement et le plus complètement possible la tumeur cliniquement visible.

# OBSERVATIONS

## Observations dues à l'obligeance de M. le professeur Tédenat

### Observation I

Adéno-sarcome du sein droit avec gros kystes. — Ablation totale. — Récidive cinq ans après. — Nouvelle excision. — Guérison.

Jeanne Der... 43 ans. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Accouchements à 23, 25, 28 ans. Elle a nourri ses trois enfants, sans aucun accident du côté des seins. Pas de maladies autres que la rougeole à 10 ans.

Jeanne D... consulte M. Tédenat pour une tumeur du sein droit qui date de 5 ou 6 mois et augmente rapidement de volume depuis 3 mois. Cette tumeur bosselée et kystique a le volume de deux poings. Le mamelon est comme enfoui dans la tumeur, mais n'est pas rétracté. Pas de ganglions axillaires, santé générale bonne.

3 mai 1889. — Ablation de la tumeur et des ganglions tout d'une pièce, comme s'il s'agissait d'un carcicome. Réunion immédiate. La malade quitta la clinique le 23 mai.

Sur une coupe diamétrale passant par le centre du mamelon, on voit un tissu gris blanc, de consistance gélatineuse avec des tractus fibreux minces et rares déterminant la formation de gros lobes mal limités. Çà et là quelques points hémorragiques.

L'examen microscopique fait au laboratoire d'anatomie pathologique montre qu'il s'agit d'un sarcome globo-cellulaire à grosses cellules rondes, gros noyau avec des tractus d'éléments fuso-cellulaires.

Rien aux ganglions.

La malade revint voir M. Tédenat le 5 juin 1894. Depuis 3 mois, une tumeur s'est formée à la partie moyenne de la cicatrice. Elle est arrondie, lisse, molle, un peu mobile, non adhérente à la peau. La tumeur est enlevée très largement le 8 juin. Réunion immédiate (18 juin 1894). La malade restait guérie en 1905, c'est-à-dire 11 ans après la seconde opération.

Comme la première tumeur, celle-ci avait une capsule très nette. Elle avait un aspect gris-rosé, uniforme avec quelques petits îlots hémorragiques. L'examen microscopique n'a pas été fait.

## Observations dues à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran

### Observation III

Sarcome volumineux du sein opéré à quatre reprises; localisation pulmonaire cinq ans après la première opération.

Madame X. d'A. (Gard) présente actuellement une tumeur du sein gauche qui a apparu en 1902 (la malade avait alors 48 ans); elle avait l'aspect d'une boule très arrondie située au-dessous du mamelon.

Rien à signaler dans les antécédents personnels de la malade.

En 1904, deux ans après l'apparition de la tumeur, le docteur L. de Nîmes pratique une première opération. La tumeur avait à ce moment le volume du poing.

Un an après, le 12 septembre 1905, la malade subit à à l'hôpital de Montpellier une deuxième opération pratiquée par le docteur Soubeyran. La tumeur était énorme, bosselée, arrondie et du volume d'une tête de fœtus à terme. Pas de ganglions axillaires; on fait quand même le curage du creux de l'aisselle.

En 1906, nouvelle intervention pratiquée par M. le professeur Tédenat, et en 1907 autre intervention le 7 octobre.

Cette dernière opération ne fut pas suivie de récidive locale.

En 1909, appelé à voir la malade, le professeur Soubeyran ne constate rien localement. Mais il existait des phénomènes de cachexie avec de la matité pulmonaire à gauche, de l'obscurité respiratoire, de la toux. De tout cela il semblait légitime de conclure à une atteinte viscérale néoplasique.

La malade mourut à la fin de l'année 1909.

Il y avait donc eu une survie de 6 ans.

## Observation IV

### Myxo-sarcome du sein gauche

Madame F..., institutrice à A. (Gard), vient consulter pour une tumeur du sein datant d'un an environ.

*Examen.* — La tumeur siège dans le sein gauche, au-dessus du mamelon ; elle est dure, bosselée, irrégulière ; elle a le volume du poing d'un adulte.

Pas de ganglions axillaires ; pannicule adipeux sous-cutané très développé.

On pense à un épithélioma.

Le 12 mars 1909, ablation du sein et curage axillaire sous l'anesthésie au chloroforme ; on ne trouve pas de ganglions pathologiques. Fulguration des tissus (la fulguration était à la mode à ce moment). Drainage.

La malade est guérie sans incidents au bout de quinze jours. Il n'y pas encore de récidive (fin 1910).

*Examen de la tumeur.* — A la coupe, elle est formée, non d'un tissu dur et cancéreux, mais d'un tissu assez mou, creusé de géodes de capacité variable.

L'examen histologique (fait par M. le docteur Ed. Bosc) montre que l'on a affaire à une tumeur sarcomateuse mixte à tissus multiples.

## Observation V

(Communiquée par le docteur Gavaudan)

Mme Louise D..., de Villeneuve, âgée de 48 ans, porte une énorme tumeur du sein, sarcomateuse. Elle a été opérée le 10 juillet 1905 par le professeur Forgue qui a enlevé une masse charnue dure, pas trop rouge, de la grosseur d'une tête de petit fœtus. Les suites opératoires ont été normales.

En 1901, je fus appelé pour donner mes soins à cette malade qui avait un peu de grippe. La tumeur était alors de la grosseur d'une mandarine. Je lui conseillai l'enlèvement, mais sans succès. La malade préférait garder cette tumeur qui ne la gênait pas et n'était point douloureuse.

Depuis cette époque-là, je ne l'ai revue qu'en mai 1910, pour une congestion pulmonaire qui a du reste parfaitement guéri. Mais j'ai trouvé la tumeur bien plus volumineuse, 16 centimètres de diamètre, et pesant près de 15 kg. J'ai de nouveau insisté sans résultat. Ce n'est qu'il y a un mois que j'ai pu décider ma malade. En l'inter-

rogeant j'ai appris qu'elle avait roulé dans les escaliers, et à l'heure actuelle dans l'espace de 6 à 7 mois la tumeur a grossi très vite, 20 centimètres de diamètre et 18 à 19 kg. environ. Cette augmentation de volume et de poids doit être attribué, je crois, au traumatisme produit par la chute.

La tumeur est très consistante, la peau est normale sur le sein, et très rouge, lie de vin sur sa face interne. Pas de douleurs, sauf à la pression où l'on détermine une légère douleur du côté du mamelon. Très mobile, elle se laisse facilement déplacer. Ne serait-ce pas un sarcome dur calcifié, parce que les incrustations dans ces sortes de tumeur conservent une tendance à la récidive? (1).

---

(1) Cette malade est actuellement en traitement dans la clinique de M. le professeur Soubeyran.

# DOCUMENTS CLINIQUES

Nous n'avons réuni ici que quelques observations ou fragments d'observations de date récente, dont la relation est intéressante pour l'histoire du sarcome du sein en général ou qui présentent certaines particularités dignes de retenir l'attention. Nous avons pris soin d'autre part de ne citer que les observations présentant un caractère rigoureux d'exactitude et des renseignements suffisamment complets.

## I

(Extrait d'une leçon clinique du professeur Mauclaire.
*Gazette des Hôpitaux*, 14 août 1908.)

Femme de 58 ans, sans passé mammaire, ni lactation. Il y a 3 ans, elle a remarqué par hasard une « boule » située dans le sein droit en haut et en dedans du mamelon, du volume d'une grosse noix, de forme très régulière-

rement ovoïde et parfaitement mobile sur les plans sus et sous-jacents. Indolence absolue.

Pendant la première année, augmentation très lente de volume. Il y a un an, il se fait une poussée d'accroissement rapide ; la tumeur devient un peu sensible. Puis la peau devient violacée, et il y a 3 mois il s'est fait une ulcération sur une toute petite surface d'abord ; cette surface a augmenté peu à peu d'étendue. Le liquide qui s'écoule n'a pas d'odeur fétide.

Actuellement la tumeur a un diamètre de 24 centimètres verticalement sur 19 centimètres horizontalement ; la forme est irrégulièrement ovoïde. Dilatation veineuse sous-cutanée. Le mamelon est étalé et rejeté en bas et en arrière.

A la partie antéro-inférieure de la masse, ulcération d'un diamètre de 11 centimètres, à bords indurés et taillés à pic sur certains points, décollés sur d'autres ; fond rouge, sanieux, sanguinolent, quelques points caséeux surélevés. Pas d'odeur fétide.

A la palpation, on sent que la tumeur est bien limitée, et qu'elle présente quelques points kystiques et fluctuants. Pas d'adhérences aux plans profonds, pas de ganglions axillaires.

Etat général relativement bon, teint légèrement jaunâtre. Rien à signaler d'autre part.

. . . . . .

Le pronostic est très grave. . . . . .

On peut dire que le traitement opératoire précoce des adénomes du sein est le traitement préventif du sarcome mammaire. Je crois que toute malade qui a un adénome du sein ne disparaissant pas par l'élévation et la compression légère de l'organe doit être opérée. . . . .

Même quand le sarcome est volumineux son ablation

précoce peut encore donner un bon résultat en ce sens que sa généralisation est peut-être rendue plus tardive.

Le procédé de Halsted est à employer ici. . . . .

J'ai pratiqué bien souvent cette opération, sans résection de la clavicule toutefois. Mon meilleur résultat, c'est une absence de récidive pendant trois ans. . . . . .

L'avantage de l'ablation large, c'est, d'une manière générale, de retarder ou d'empêcher les récidives locales. En somme, on fait là des opérations dites de bienfaisance, en ce sens que la récidive se fera quand même dans un autre organe..... Mais on a donné aux malades une consolation pour quelque temps. C'est peu, mais c'est quelque chose.

. . . . . .

La tumeur fut examinée par M. Weinberg ; il s'agissait d'un adéno-fibro-myxo-sarcome fusiforme. Cette complexité histologique est assez particulière, au point que cette tumeur « mixte » fut considérée par M. Cornil comme une tumeur bénigne.

*
* *

Le second cas est assez remarquable en ce sens qu'il concerne un homme. Je l'ai observé en 1900 ; c'était un malade de 16 à 50 ans qui avait une tumeur du sein droit. Cette tumeur datait de 4 ans à l'époque où je le vis. Elle avait été opérée 7 fois et récidivait 3 à 4 mois après chaque opération. Il y avait une vaste ulcération, occupant toute la région thoracique et le creux axillaire droit; elle était recouverte de végétations dont quelques-unes étaient kystiques. J'ai fait d'abord à ce malade une opération « de bienfaisance » pour lui soutenir le moral.

Puis je me suis contenté de détruire la partie exubérante de la tumeur avec des flèches de Canquoin.

C'était un sarcome remarquable par son évolution lente. Le malade a survécu 18 mois et est mort avec une généralisation sarcomateuse dans les muscles de la cuisse et dans le foie. Mais, en somme, ce sarcome a présenté ceci de particulier qu'il a récidivé localement et ne s'est généralisé que fort tard.

## II (1)

Tumeur du sein ; relation clinique, examen histologique
par Péraire et Cornil.

(Dans *Bulletin de la Société anatomique,* mars 1907)

Femme de 74 ans, vient consulter le 7 août 1906 pour une tumeur du sein gauche ayant débuté il y a 3 mois et ayant évolué d'une manière insidieuse. Cette tumeur siège à la partie supéro-interne de la région mammaire gauche, aux confins mêmes de la glande. Elle est constituée par une nodosité du volume d'une œuf de pigeon, ovalaire, adhérente à la peau et ne s'accompagnant pas d'écoulement par le mamelon. La peau à 4 centimètres

(1) Nous citons cette observation pour montrer combien l'erreur, même histologique, est facile quand il s'agit de tumeurs mixtes du sein.

en dessus et en dehors du mamelon est amincie, fait corps avec la tumeur et présente une coloration violacée.

Celle-ci paraît mobile sur le plan sous-jacent. Mais à sa partie supéro-externe, une traînée d'induration semble la prolonger vers les ganglions de l'aisselle qui sont manifestement indurés et volumineux. Il existe quelques douleurs spontanées dans l'aisselle, douleurs qui augmentent par la pression digitale.

La malade est pâle, décolorée, elle a considérablement maigri depuis 5 à 6 ans. Depuis 25 ans elle est atteinte de paralysie agitante.

14 août. — Opération (sans chloroforme avec la scopolamine-morphine). Ablation de toute la glande mammaire avec une partie du grand pectoral ; on respecte seulement le chef claviculaire de ce muscle ; on continue par le tissu cellulo-graisseux de l'aisselle, comprenant tous les ganglions.

Le 28 août, guérison complète.

Examen de la pièce : Très gros nodule arrondi, grisâtre à la coupe et légèrement rosé par places, auquel fait suite un large plastron dur, blanc mat, intimement fusionné avec la glande.

Les ganglions sont jaunâtres, parsemés à leur surface de diffusions hémorragiques punctiformes.

Examen histologique : Les coupes paraissent reproduire deux tissus néoplasiques intimement mélangés, d'une part du sarcome à myéloplaxes, caractérisé par de grandes cellules multinucléées et des vaisseaux embryonnaires, et d'autre part, par de l'épithéliome pavimenteux avec de nombreuses cellules polyédriques, réunies entre elles par des filaments d'union. Les ganglions présentent des lésions d'inflammation chronique simple.

Eu égard à la rapide évolution de la tumeur, aux signes cliniques et à l'examen de nos coupes, nous pensions avoir affaire à une tumeur mixte du sein.

Mais sur de nouvelles coupes faites par le professeur Cornil, cette apparence est purement trompeuse. Il existe un tissu cellulaire dense infiltré de très nombreux leucocytes, et l'aspect pseudo-sarcomateux est dû à l'inflammation seule du néoplasme. Il s'agit donc d'un épithéliome enflammé.

## III

Sarcome alvéolaire à grosses cellules des muscles pectoraux, pris pour une tumeur mammaire. — Ablation. — Guérison. — Examen histologique par Péraire et Lefas.

(Dans *Bulletin de la Société anatomique*, janvier 1908)

Femme de 60 ans, souffre depuis 7 mois d'une douleur dans le sein droit ; avait souffert également passagèrement il y a 13 ans.

La tumeur est située dans les glandes mammaires accessoires droites, adhère à la peau qui est rougeâtre, enflammée, rétractée en quelque sorte sur la tumeur. *Celle-ci est adhérente au plan musculaire*. Ganglions dans l'aisselle droite, gros comme une noisette. Rien à signaler d'autre part.

Opération radicale, ablation des pectoraux, curage axillaire.

Guérison au bout de 13 jours.

La glande mammaire était indemne. Il y avait 3 noyaux néoplasiques disséminés dans le grand pectoral ; les ganglions axillaires sont grisâtres et mous.

Il s'agit d'un sarcome alvéolaire, à grosses cellules, paraissant avoir pris son origine dans les muscles pectoraux.

## CONCLUSIONS

I. — Le sarcome du sein, pur ou mélangé à d'autres tissus du genre conjonctif, ne le cède en rien en malignité au plus malin des carcinomes.

II. — Cependant l'évolution est en général un peu moins rapide et par suite donne prise au traitement.

III. — Ce traitement consistera dans l'ablation, aussi large que possible : Il vaut pour les récidives aussi bien que pour la tumeur primitive, à ce prix la guérison clinique est possible.

---

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 novembre 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 12 novembre 1910.
Le Doyen,
MAIRET.

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (1)


1. Schmidt. — 11 cas de sarcome de la glande mammaire. Archiv für klinische Chirurgie, 1887, t. XXXVI, p. 421.
2. Gross. — 186 cas de sarcome du sein. American Journal of Medical Sciences, 1887, t. XCIV, p. 17.
3. Chrétien. — Un cas de sarcome volumineux de la mamelle chez une femme en lactation. Bulletin de la Société anatomique de Paris, juin 1891, p. 367.
4. Delbet. — Chapitre « Sarcome du sein » dans le Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, 1898, t. V, p. 880.
5. Tietze. — Sarcome sous-cutané de la région mammaire simulant une tumeur de la mamelle. XXV^e^ Congrès de la Société allemande de Chirurgie. Dans : Revue de chirurgie, 1900, t. XXII, p. 587.
6. Morestin. — Sarcome du sternum consécutif à un sarcome du sein. Résection du manubrium. Bulletin de la Société anatomique de Paris, avril 1902, p. 414, et Gazette des Hôpitaux, 31 octobre, 1901.
7. Mauclaire. — Gazette des Hôpitaux, 1903, n° 93.


---

(1) Ce travail cherchant surtout à être une mise au point de la question au moment où nous écrivons, on comprendra que nous ayons surtout rassemblé les documents les plus récents sur le sujet qui nous occupe et que nous les ayons groupés par ordre de publication.

8. Tripier (R.). — Anatomie pathologique générale, 1904. Chapitres « Sarcome » et « Tumeurs du sein ».

9. Clément. — Myxome pur pesant 980 grammes. Bulletin de la Société anatomique de Paris, janvier 1904, p. 91-92.

10. Malloizel, Autefage, Bornait-Legueule. — Adénosarcome à myéloplaxes du sein. Généralisation ganglionnaire sous forme d'épithéliome acineux. Division directe et indirecte des myéloplaxes dans la tumeur primitive. Bulletin de la Société anatomique de Paris, octobre 1904, p. 674-677 et 828.

11. Rollin. — Présentation de pièces (sarcome fuso-cellulaire volumineux enlevé par M. Schwartz). Bull. de la Société anatomique de Paris, mai 1905.

12. Kirmisson. — Séance de la Société de chirurgie du 12 avril au 16 mai 1905. Dans : Revue de Chirurgie, t. XXXI, 1905, p. 789.

13. Petit. — Sur la pathogénie des tumeurs mixtes du sein. Bulletin de la Société anatomique de Paris, mai 1906.

14. Lecène. — Mêmes indications que la précédente. Réponse à la note précédente.

15. Péraire, Cornil.—Tumeur du sein. Relation clinique (Péraire) et Examen histologique (Cornil). Bulletin de la Société anatomique de Paris, mars 1907. — Presse médicale, 1907, n° 6.

16. Péraire, Lefas. — Sarcome alvéolaire à grosses cellules des muscles pectoraux, prise pour une tumeur mammaire. Ablation, guérison. Examen histologique (Lefas). Bulletin de la Société anatomique, janvier 1908.

17. Lucas. — Radiothérapie des sarcomes. Thèse de Bordeaux, 1909.

18. Petit. — Tumeur mixte du sein. Bulletin de la Société anatomique de Paris, 5 novembre 1909.

19. Morand et Masson. — Un volumineux sarcome du sein succédant à une tumeur bénigne. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, t. XIII, n° 2, mars-avril 1909.

20. Vignard. — Sarcome du sein simulant un mammite. Gazette médicale de Nantes. Dans : Revue de Chirurgie, t. XXXIX, 1909.

21. Lorrain et Ménard. — Tumeur de la région mammaire développée chez un homme. Bulletin de la Société anatomique de Paris, février 1909, p. 103.

22. Friend. — Intercanicular fibroma of the female breast under going sarcomatous changes. Journal of the American medical Association, t. XLIII, n° 18, 30 octobre 1909.

23. Kopylof. — Tumeur mixte de la glande mammaire. Rouskii khirurgitcheskii Arkhiv, 1910.

24. Segond et Renaud. — Histoire d'un sarcome du sein. Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer, 21 février 1910, t. III, n° 2, p. 104-106, et Journal de chirurgie, n° 6, juin 1910, t. IV, p. 659.

25. Abbe. — Radium as a specific in giant cell sarcoma. Medical Record, t. LXXVII, n° 1er janvier 1910.

26. Houzel. — Sarcome du sein gauche, amputation, guérison ; 3 mois après, apparition d'un sarcome de la dure-mère ; ablation, récidive rapide sur place. Archives provinciales de Chirurgie, t. XIX, n° 1, février 1910.

27. Putzu.— Un cas de sarcome mammaire chez l'homme. Société des Sciences médicales et naturelles de Cagliari, 2 avril 1910.

28. Girard. — Cystosarcome du soin. Bulletin de la Société médicale de Genève, 26 mai 1910.

29. Vanverts.—Ecoulement sanguin par le mamelon dans un fibromyxome canaliculaire du sein. Bulletin de la Société de médecine du département du Nord, 27 mai 1910.

30. Gellé, Dupin, Carpentier. — Fibro-sarcome pur du sein. Bulletin de la Société de médecine du département du Nord, 8 octobre 1910.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*